

## RESEARCH OUTPUTS / RÉSULTATS DE RECHERCHE

### Un enseignement métissé de la bioéthique

Ravez, Laurent

*Published in:*  
Ethica Clinica

*Publication date:*  
2012

*Document Version*  
Version revue par les pairs

[Link to publication](#)

*Citation for pulished version (HARVARD):*  
Ravez, L 2012, 'Un enseignement métissé de la bioéthique', *Ethica Clinica*, Numéro 68, p. 29-34.

#### General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

#### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

## Un enseignement métissé de la bioéthique

Laurent RAVEZ

Centre Interdisciplinaire Droit, Ethique et Sciences de la Santé (CIDES)

Namur Research Institute for Life Sciences (Narilis)

Université de Namur

Un « Master Professionnel en Bioéthique » a été ouvert en 2011 à l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa (ESPK) en République Démocratique du Congo (RDC), dans le cadre d'un projet américain financé par le National Institutes of Health (NIH) : Renforcement des capacités en bioéthique et justice en matière de santé (*Strengthening Bioethics Capacity and Justice in Health*), sous la direction de F. Behets et S. Rennie de l'Université de Caroline du Nord (Chapel Hill). Une partie du programme est commune au Master en santé publique proposé par l'ESPK, mais la spécificité de l'enseignement en bioéthique est incontestable, les étudiants inscrits dans cette filière devant en effet suivre des cours spécifiques et des séminaires notamment en éthique fondamentale, en éthique clinique, en éthique de la recherche sur l'être humain, en éthique de la santé publique et sur les grands textes régulateurs en matière de bioéthique (Déclaration d'Helsinki, Déclaration universelle des droits de l'Homme, textes de loi nationaux, etc.).

Les cours pour ce Master en Bioéthique ont commencé en novembre 2011. Il s'agit d'une expérience unique en son genre pour l'Afrique sub-saharienne francophone qui a été mise en œuvre par une équipe internationale composée de chercheurs congolais du Centre Interdisciplinaire de Bioéthique pour l'Afrique Francophone (CIBAF), de chercheurs américains de l'Université de Caroline du Nord et de chercheurs du Centre Interdisciplinaire Droit, Ethique et Sciences de la Santé (CIDES) de l'Université de Namur.

Les divers acteurs impliqués ont très vite compris qu'il ne serait pas possible, dans le cadre de ce projet, de simplement transférer en RDC les connaissances et pratiques occidentales en matière de bioéthique et, cela, à cause des différences de cultures, de croyances et de besoins. Nous avons donc dû élaborer un programme adapté au contexte congolais, tout en intégrant un objectif essentiel : la visée de l'autonomisation progressive des acteurs de formation locaux (des enseignants issus de l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa, des enseignants issus de la Faculté de Lettres, des cliniciens, tous étant formés à la réflexion éthique). Cela suppose, notamment, que, d'ici deux ou trois ans, il ne devrait plus y avoir que des intervenants congolais dans ce programme.

L'idée de créer un Master en bioéthique à l'Université de Kinshasa n'était animée selon moi d'aucune intention impérialiste. Nous n'avons pas cherché à imposer aux Congolais nos valeurs occidentales en matière de soins de santé. D'ailleurs, nous avons des doutes sur la

pertinence de certaines de ces valeurs. Ainsi, l'importance accordée aujourd'hui à l'autonomie individuelle en Occident pose question à la plupart des chercheurs concernés par la conception et l'implémentation du Master évoqué ici.

Pour éviter le piège d'un bio-ethnocentrisme, nous avons donc présenté la bioéthique pour ce qu'elle est, c'est-à-dire, au fond, une boîte à outils ou plutôt des boîtes à outils conceptuels destinées à aider les professionnels de la santé, les chercheurs et les individus concernés à penser les pratiques en matière de soins de santé, avec ou sans recours aux biotechnologies de pointe. Tout cela n'est évidemment pas tout à fait gratuit, puisque nous pensons qu'en faisant de la bioéthique, il est possible d'acquérir une plus grande liberté à l'égard des savoirs acquis, des idéologies, des traditions, des croyances, etc. L'objectif ultime étant selon moi très pragmatique, comme le verrons plus loin : offrir des soins de meilleure qualité aux citoyens. Dit autrement, l'idée derrière ce projet de Master en bioéthique est de contribuer à l'émancipation des Congolais, tant par rapport à une médecine occidentale imposée de l'extérieur que par rapport à des facteurs internes au contexte congolais : les cultures, les croyances, les religions, etc., en vue d'une amélioration qualitative des soins offerts aux patients. Ce faisant, nous ne nions pas la dimension institutionnelle de toute démarche de soin, en la réduisant à une relation intersubjective entre le soignant et le patient, puisque l'institution constitue une dimension centrale pour la santé publique et que le Master décrit est intégré dans une formation en santé publique.

Au-delà des objectifs, du contenu et de l'organisation de la formation, et des moyens déployés pour la mettre en place, il reste des questions de fond sur la nature de la bioéthique, ses origines et la possibilité de l'exporter hors des frontières qui l'ont vu naître. Je défends l'idée que la bioéthique se nourrit d'une forme d'universalisme métissé, c'est-à-dire d'un universel qui se construit au fur et à mesure des rencontres entre les formes classiques de la bioéthique occidentale et d'autres modes de réflexion critique sur les soins de santé issus des cultures non occidentales, dont les cultures africaines. Cet universel métissé trouve sa source dans ce qui constitue le cœur même de la démarche bioéthique, à savoir la *réflexivité critique*. Cette source est elle-même alimentée par les cultures qui se confrontent au modèle bioéthique occidental. Un mouvement de métissage est donc à l'œuvre qui lui-même ouvre la porte à une forme d'universalisme.

Mais avant d'examiner plus en détail ce mouvement de métissage, revenons quelques années en arrière. La bioéthique est née aux Etats-Unis, dans les années 60 et 70, au sein d'une société américaine avide de plus de considération de la part des professionnels de la santé pour la liberté individuelle de leurs patients. Très vite, parmi les principes fondateurs de cette bioéthique naissante, l'autonomie du patient et du sujet de recherche va s'imposer comme une valeur clef, prenant de plus en plus d'importance au fur et à mesure du développement de la discipline, en lien avec des concepts comme ceux de consentement éclairé ou de confidentialité.

Dans ce contexte, il n'est pas anodin pour moi que nous parlions bien de bio-*éthique* et non pas de bio-*morale* ou de bio-*moralité*. La différence entre l'*éthique* et la *morale* (ou la *moralité*) n'est pas aisée à cerner tant les utilisations de l'un ou l'autre de ces termes sont diverses et souvent contradictoires. Mais d'une manière opératoire, on pourrait dire que l'*éthique* consiste à réfléchir à propos de la *morale*, c'est-à-dire s'interroger sur *ce que l'on dit* être bon/bien ou mauvais/mal. Comme l'écrivent Fletcher et Spencer : « L'éthique peut être définie comme l'analyse, l'étude ou la prise en considération de la morale ; la morale renvoyant ici à ce que l'on considère comme "bien" ou "juste". Notez qu'avec cette définition, la question pour la *morale* est : "Que dois-je (ou devons-nous) faire dans cette situation ? Quel est le comportement juste à adopter ?", alors que l'éthique est concernée par la question : "Pourquoi dois-je (devons-nous) agir d'une manière spécifique ? Qu'est-ce qui justifie mon action ?". La morale dit ce qu'est un acte bon ou juste, alors que l'éthique étudie pourquoi cet acte est juste ou bon, et/ou pourquoi un autre acte peut être indiqué »<sup>1</sup>.

La réflexion éthique possède donc une vertu libératrice qui est parfaitement exprimée dans la définition de Fletcher et Spencer : grâce à l'analyse et au questionnement critique, l'éthique nous aide à prendre du recul par rapport à la moralité ambiante et aux principes moraux que cette dernière promeut. Mais l'éthique, lorsqu'elle s'applique à réfléchir aux pratiques soignantes, offre également les outils nécessaires pour prendre distance à l'égard des approches strictement scientifiques de la maladie, du handicap et de la santé. L'éthique des soins de santé nous aide ainsi à garder à l'esprit que, sans nier la nécessité qu'il y a parfois d'objectiver le corps humain pour mieux le soigner et éventuellement le guérir, il faudrait également se souvenir de la subjectivité propre à la maladie et aux malades. Ainsi, la maladie et le handicap peuvent bien entendu être utilement décrits comme un dysfonctionnement ou une défaillance de la machine humaine, mais également comme l'irruption du malheur dans une existence individuelle, qui peut me frapper, moi, en tant qu'individu ou ceux que j'aime.

Cette vertu libératrice essentielle, qui constitue le cœur de la démarche bioéthique, est loin d'être acceptée unanimement dans les pays du Nord, même par ceux qui font de cet exercice leur profession. Dans les pays du Sud, la situation est bien pire encore, de mon point de vue. Il est bien entendu toujours périlleux de faire des généralisations à partir de sa propre expérience personnelle, mais ma vision du Congo est celle d'une société bien entendu hétérogène mais que l'on pourrait néanmoins qualifier de très hiérarchique et de profondément imprégnée de religiosité. Cette situation rend particulièrement ardue la tâche consistant à montrer que la bioéthique n'est précisément pas un processus de moralisation, mais la mise en œuvre d'un désir de prendre du recul et d'examiner de façon critique la culture (y compris la culture soignante) et les aspects hiérarchiques et religieux de cette culture. Cela peut alors déboucher sur un dialogue de sourds, que j'ai personnellement

---

<sup>1</sup> J. C. FLETCHER – E. M. SPENCER, « Clinical Ethics : History, Content, and Resources », in J. C. FLETCHER et al. (ed.), *Fletcher's Introduction to Clinical Ethics*, 3<sup>rd</sup> edition, Hagerstown, University Publishing Group, pp. 3-18, 2005. Traduction personnelle.

expérimenté à plusieurs reprises, entre un formateur en bioéthique soucieux de transmettre de nouvelles idées et méthodes pour aiguïser la pensée critique, et des apprenants cherchant avant tout des règles toutes faites, des lois, des codes, des directives et des modes d'emploi.

Ce type de malentendus à propos des ressorts de l'éthique et spécifiquement de la bioéthique soulève la question du caractère vraiment universel de la méthodologie propre à cette discipline. Comment ignorer en effet l'importance évidente du contexte pour la réflexion bioéthique ? L'institutionnalisation des soins de santé dans les pays à revenu élevé n'a pas grand-chose de commun avec celle constatée dans les pays devant se contenter d'un revenu faible. Il suffit pour s'en convaincre de jeter un œil sur les statistiques de la Banque Mondiale en matière de dépenses en matière de santé : les pays les plus riches dépensent largement plus de 4000 USD par an et par habitant dans ce domaine (avec le chiffre record de 8326 USD en 2010 aux Etats-Unis), beaucoup de pays pauvres doivent se contenter de quelques dizaines de dollars (16 USD en 2010 pour le Congo). Nous savons tous que ces terribles inégalités dans l'accès aux soins de santé entre les pays du Nord et les pays du Sud conduisent à d'insupportables souffrances humaines. Par exemple, alors qu'en Belgique, 4 enfants nés vivants sur 1000 meurent avant l'âge d'un an, ils sont 111 en RDC. Dans le contexte d'un pays où les habitants sont confrontés quotidiennement à des désastres sanitaires, il est évident que la réflexion bioéthique va prendre un visage très différent de celui de la bioéthique occidentale. Il n'y aurait aucun sens, même si la demande existe, à construire une bioéthique congolaise autour des problèmes d'assistance médicale à la procréation, du recours aux biotechnologies ou encore de l'intérêt d'une législation sur l'euthanasie, alors que les citoyens sont directement menacés par les maladies infectieuses (malaria, sida, tuberculose, choléra, etc.) et l'inaccessibilité aux soins de santé.

On ne peut donc pas raisonnablement envisager de construire un modèle bioéthique congolais copiant ce qui se fait dans les pays occidentaux. Cependant, quelle que soit la différence des contextes, il s'agit quand-même d'enseigner la réflexion éthique, donc de transmettre l'héritage de la réflexivité critique évoquée plus haut et de former des acteurs de santé créatifs. Mais est-ce légitime, sachant que cet héritage pourrait ne pas être accepté par les Congolais qui pourraient y voir un avatar de plus des velléités impérialistes de l'Occident ?

Dans ce qui suit, je vais défendre l'hypothèse qu'il est légitime de parler d'une universalité de la réflexivité critique qui constitue le cœur de la bioéthique et que cette universalité ouvre la possibilité pour un occidental du début du 21<sup>ème</sup> siècle d'enseigner cette discipline à des personnes issues de cultures et de traditions différentes de la sienne. Pour appuyer cette hypothèse, le recours à des données anthropologiques semble utile.

Dans un article intitulé « Le souci de l'autre : audit, éthique professionnelle et réflexivité des soignants en Guinée »<sup>2</sup>, Yannick Jaffré rend compte d'une étude menée dans les services de santé de cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, en particulier en Guinée, autour de la question de la violence dans les relations entre les soignants et les soignés. Partant du constat établi de façon récurrente par des anthropologues s'intéressant à l'Afrique subsaharienne de « dysfonctionnements "relationnels" dans les services de santé » (p. 95), Jaffré confronte les « recommandations » des « praticiens de santé publique » aux réalités de terrain. D'un côté, ces derniers en appellent à ce « que les conduites des personnels soient régies par une éthique médicale, une déontologie permettant la constitution d'un système expert fiable assurant les conditions minimales de la confiance et procurant ainsi un sentiment de sécurité aux malades et à leurs familles » (p. 98), alors que de l'autre côté, des anthropologues constatent que : « L'acte thérapeutique est disjoint de sa raison altruiste et morale et la déontologie n'oriente pas l'acte de soin. Elle n'en est pas la cause : le "moteur affectif". Autrement dit, "on ne fait pas ce que l'on sait devoir faire pour le bien du patient" » (p. 96). Jaffré se demande alors comment réduire l'écart entre ce qui est attendu des soignants et ce qu'ils offrent concrètement à leurs patients, sachant évidemment qu'il s'agit de chercher à réduire les souffrances induites par les dysfonctionnements relationnels relevés<sup>3</sup>.

Or ce mouvement de réduction de la lourdeur des hospitalisations du fait d'un fonctionnement institutionnel inadéquat, autrement dit un mouvement d'humanisation des soins en Afrique, passe pour Jaffré par un apprentissage de la *réflexivité* par les soignants. Par *réflexivité*, il faut comprendre dans ce contexte la capacité des professionnels de la santé à analyser leurs conduites<sup>4</sup>. Le concept de *réflexivité* utilisé ici évoque de façon très claire la dynamique critique qui constitue selon moi l'essence même de la démarche bioéthique.

La réflexivité décrite par Jaffré désigne, dans son cadre anthropologique, une capacité pour les professionnels de santé de « déplier les raisons de leurs conduites pour mieux les comprendre » (p.104). Une telle capacité n'apparaît pas *ex nihilo* ; elle est présente à l'état embryonnaire chez tous les soignants qui savent décrire ce qu'ils font, mais ne sont généralement pas capables d'analyser les raisons de leurs gestes et de leurs comportements.

Dans son article, auquel je renvoie le lecteur intéressé, Jaffré décrit la méthodologie utilisée pour favoriser la réflexivité des soignants. Je n'en ferai pas mention ici, l'important étant de noter que les concepts et les méthodologies d'analyse des situations cliniques proposés par la bioéthique visent précisément le même objectif, même si les outils utilisés sont différents.

---

<sup>2</sup> Publié dans la revue *Autrepart*, « L'éthique médicale dans les pays en développement », Editions de l'Aube, Institut de Recherche pour le Développement, n°28, pp. 95-100, 2003.

<sup>3</sup> Pour se donner une idée des souffrances ainsi exprimées, voir par exemple : Jaffré, Y. *et al.*, « Analyse anthropologique des interactions entre soignants et enfants dans quelques services de pédiatrie d'Afrique de l'Ouest (Abidjan, Bamako, Conakry) », in *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, Vol. 102, n°4, 2009, pp. 238-246.

<sup>4</sup> Sans nier bien entendu la dimension institutionnelle des soins de santé.

Un schéma complexe semble alors émerger de notre réflexion. D'un côté, il faut admettre le caractère très particulier de la naissance de la bioéthique : l'Amérique du Nord dans les années 60, théâtre d'un développement économique phénoménal, avec une médecine de plus en plus efficace, mais qui commence parallèlement à susciter chez les patients une aspiration à plus d'autonomie à l'égard des professionnels de la santé à qui ils se confient. Ce contexte-là n'est en rien comparable à celui qui préside aujourd'hui aux destinées de nombre de pays en développement et singulièrement de la RDC. On ne peut dès lors raisonnablement chercher à imposer cette bioéthique-là aux Congolais, en tentant de leur faire croire que ce qui était et reste le produit d'une culture occidentale à un moment précis de son histoire serait en fait universel et applicable tel quel à leur contexte. Mais d'un autre côté, l'observateur attentif, tout en reconnaissant les différences irréductibles entre les pays occidentaux (dont les Etats-Unis et la Belgique, directement impliqués dans le projet discuté ici) et le Congo, ne peut ignorer deux données socioculturelles importantes qu'il faudrait par ailleurs étayer davantage que ce que je peux faire ici.

Le premier élément dont il faudrait tenir compte dans le débat autour de l'universalisme de la bioéthique concerne le fait que nombre de ceux qui ont l'occasion de séjourner dans une grande capitale sont frappés par le mélange des cultures propres à ces métropoles contemporaines. Des habitudes, des coutumes, des mœurs, des traditions locales côtoient de façon plus ou moins heureuse des schémas occidentaux devenus internationaux. Des jeunes armés de leur iPhone rentreront le soir manger un repas frugal cuit sur les braises, dans une maison plongée dans le noir, faute d'électricité. Un couple d'universitaires formés en Europe attendra l'autorisation d'un guérisseur traditionnel avant d'emmener leur fille malade à l'hôpital. Les grosses berlines allemandes croiseront sans honte, dans les avenues de poussière, les charrettes poussées par des adolescents aux pieds nus et couverts de guenilles. Que l'on apprécie ou pas ce mouvement, le mélange des cultures qui s'opère ainsi est incontestablement source d'universalisation.

Le second élément du débat à signaler, venant d'ailleurs renforcer le premier, concerne le fait que les institutions de soins constituent aujourd'hui un ingrédient majeur du mélange des cultures. Bien sûr, l'architecture, le niveau des équipements des centres de santé et même souvent les compétences des professionnels de santé montrent des différences énormes selon que l'on se trouve en Belgique, par exemple, ou en RDC, mais un universel émerge pourtant. Les patients congolais expriment en effet des besoins, des aspirations et des désirs qui sont très comparables à ceux que l'on retrouve dans les cultures occidentales, c'est-à-dire : l'accès à des soins techniquement performants, mais aussi respectueux des composantes immatérielles de la vie (les croyances, les valeurs, etc.). J'ai la conviction que la bioéthique, envisagée comme mouvement de réflexion critique sur les pratiques de soins, peut améliorer la qualité de ces soins.

Vers quoi nous conduisent concrètement ces réflexions ? Il y a dix huit mois, une équipe internationale constituée de chercheurs occidentaux et de chercheurs congolais a mis sur

pour un master en bioéthique à l'Université de Kinshasa. S'agissait-il là d'un mouvement néo-colonialiste de plus visant à imposer aux Congolais une discipline étrangère à leur propre culture et qui ne sera d'aucune utilité pour la société et les patients congolais ? Pour répondre à cette question, j'ai cherché à montrer que l'essence de la bioéthique réside dans un processus de réflexivité critique à l'égard des pratiques de soins. Cette réflexivité critique pourrait prétendre à une forme d'universalité dans le monde des professionnels de la santé, en ce sens que l'on pourrait y voir une compétence enseignable partout dans le monde. Bien sûr, je n'ai discuté que du cas de la RDC et de la Guinée par le biais des travaux de Jaffré, mais ne pourrait-on pas faire l'hypothèse d'une généralisation possible ?

Malgré des différences qu'il ne faut surtout pas chercher à réduire entre les besoins des pays du Nord en matière de santé et ceux propres aux pays du Sud, une hybridation est à l'œuvre qui pourrait offrir une place essentielle à la bioéthique dans l'amélioration de l'offre de soins tant ici que là-bas.

Mais cette utilité pratique de la bioéthique dans le monde des soins ne pourra pleinement se révéler que dans la conviction que l'universalité de cette discipline est nécessairement métissée, c'est-à-dire pleinement universelle mais nourrie de diversités culturelles irréductibles.